

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1934

THÈSE

N°

259

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Gabriel RICHARD

Né à Tunis, le 16 Février 1905

Mise en surveillance de la suture utérine
dans les césariennes pratiquées
après la rupture de la poche des eaux

Président : M. BRINDEAU, professeur

FONTAINEBLEAU
LIBRAIRIE BIZOT
Rue de la Paroisse,

—
1934



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153705_0012

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1934

N° _____

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Gabriel RICHARD

Né à Tunis, le 16 Février 1905

**Mise en surveillance de la suture utérine
dans les césariennes pratiquées
après la rupture de la poche des eaux**

Président : M. BRINDEAU, professeur

FONTAINEBLEAU
LIBRAIRIE BIZOT
Rue de la Paroisse,

—
1934

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale	PROUST.
Physiologie	Léon BINET.
Pathologie médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	Robert DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CLERC.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	ACHARD.
»	BEZANÇON.
»	CARNOT.
»	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GULLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
Clinique chirurgicale	CUNEO.
»	GOSSET.
»	GREGOIRE.
»	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
»	COUVELOIRE.
»	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la Tuberculose	Léon BERNARD.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Professeurs sans chaire	HOVELACQUE.
»	MULON.
»	OLIVIER.
»	VERNE.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE Neurol. et Psychiâtrie.
 BÉNARD (Henri) Pathologie médicale.
 BERNARD (Etienne) Pathologie médicale.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BROCC Patholog. chirurgicale.
 BULLIARD Histologie.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHABROL Pathologie médicale.
 CHEVALLIER Pathologie médicale.
 DOGNON Physique.
 DONZELOT Pathologie médicale.
 FEY Urologie.
 GALLIARD Parasitologie.
 GASTINEL Bactériologie.
 GATELLIER Patholog. chirurgicale.
 DE GAUDART D'ALLAINES Patholog. chirurgicale.
 GAYET Physiologie.
 GIROUD Histologie.
 HAGUENAU Pathologie médicale.
 HALPHEN Oto-rhino-laryngol.
 HAZARD Pharmacologie.
 HUGUENIN Anatomie pathologiç.
 JOANNON Hygiène.
 LABBÉ (Henri) Chimie biologique.
 LACOMME Obstétrique.

MM.

LANTUEJOUL Obstétrique.
 LAROCHE (Guy) Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathol. expérimentale.
 LEVEUF Patholog. chirurgicale.
 Mlle J. LÉVY Pharmacologie.
 LÉVY-VALENSI Neurol. et Psychiâtrie.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET Patholog. chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 OBERLING Anatomie pathologiç.
 PETIT-DUTAILLIS Patholog. chirurgicale.
 PIEDELIEVRE Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 QUÉNU Patholog. chirurgicale.
 RICHET Physiologie.
 SANNIÉ Chimie biologique.
 SÈNEQUE Patholog. chirurgicale.
 SÉZARY Dermatol. et syphiligr.
 TROISIÉRI Pathol. expérimentale.
 TURPIN Pathologie médicale.
 VALLERY-RADOT
 (Pasteur) Pathologie médicale.
 VELTER Ophthalmologie.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Patholog. chirurgicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgic.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT Physiologie.

MM.

LEROUX Anatomie pathologiç.
 LEVEU-LEMAIRE Parasitologie.
 ZIMMERN Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.

ABRAMI Clinique médicale.
 AUBERTIN Clinique médicale.
 BRULÉ Clinique médicale.
 CHIRAY Clinique médicale.
 DUVOIR Clinique médicale.
 HARVIER Clinique médicale.
 LIAN Clinique médicale.
 BASSET Clinique chirurgicale.
 CADENAT Clinique chirurgicale.

MM.

HEITZ-BOYER Clinique chirurgicale.
 MOCQUOT Clinique chirurgicale.
 MOURE Clinique chirurgicale.
 SCHWARTZ Clinique chirurgicale.
 GUENIOT Clinique obstétricale.
 LE LORIER Clinique obstétricale.
 LÉVY-SOLAL Clinique obstétricale.
 METZGER Clinique obstétricale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.

CHAILLEY-BERT, agrégé	Education physique.
FREY	Stomatologie.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
WEIL-HALLE	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON FRÈRE MAURICE RICHARD

in memoriam

A MON PÈRE, A MA MÈRE

*J'offre ce modeste témoignage de respect
et de reconnaissance, bien faible compensation
quand j'évoque tous les sacrifices
qu'ils ont faits pour moi.*

A MA FEMME, MME RICHARD-HÉBRARD
Lauréate de la Maternité de Paris

*Qui fut mon amie d'enfance et ma
camarade d'études.*

A M. LE PROFESSEUR BRINDEAU

Pour l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de cette thèse.

A MES MAITRES DES HOPITAUX DE PARIS

MM. LES PROFESSEURS GOSSET
BEZANÇON
LE LORIER
GUILLAIN
AUBERTIN
CHABROL

MM. LES DOCTEURS AVIRAGNET
TINEL
DUFOUR
RENÉ BÉNARD
TRÉMOLIÈRES

A M. LE DOCTEUR ROBERT DIDIER

Chirurgien de l'Hôpital Péan

Qui guida mes premiers pas en Chirurgie.

A MES AMIS LES DOCTEURS MAURICE MAXIMIN

ET JOSEPH MORLAAS

Anciens Chefs de Clinique à la Faculté

*En reconnaissance de leur touchante
sollicitude*

A MES MAÎTRES
LES DOCTEURS CLÉMENT MATRY
ET PIERRE PHILARDEAU
Anciens Internes des Hôpitaux de Paris
Chirurgiens de l'Hôpital de Fontainebleau

*Qui firent mon éducation chirurgicale et
auxquels je n'exprimerai jamais assez ma
reconnaissance.*

INTRODUCTION

La césarienne corporéale classique est une excellente opération qui a fait ses preuves depuis de nombreuses années. Malheureusement, la nécessité de distinguer les cas purs des cas complexes nous met dans l'impossibilité de recourir systématiquement à cette intervention chaque fois que l'accouchement est irréalisable par les voies naturelles.

En effet, si la césarienne corporéale classique est l'opération de choix lorsque l'accoucheur intervient avant tout commencement de travail, ou au début de celui-ci, dans des conditions idéales d'hygiène pré-opératoire, il n'en est plus de même quand il s'agit d'intervenir sur une femme dont la poche des eaux est rompue depuis plusieurs heures, voire même plusieurs jours.

Nous n'affirmons pas cependant que la césarienne corporéale classique, pratiquée dans ces cas défavorables, conduise inévitablement à un échec. Ribemont Dessaigne et Le Lorier ont publié en 1911 une statistique de 19 cas dans lesquels la poche des eaux était rompue parfois depuis plus de douze heures, avec 19 guérisons. Mais c'est là une statistique exceptionnelle.

A l'heure actuelle, il est classique de proscrire

la césarienne fundique conservatrice toutes les fois qu'il y a menace d'infection utérine. Or, s'il est des cas où la discussion est inutile (liquide amniotique fétide, température très élevée, pouls très rapide), il en est de nombreux pour lesquels on est en droit d'hésiter à castrer une femme parce que la poche des eaux est rompue depuis plus ou moins longtemps.

Ce souci de laisser aux femmes la possibilité de grossesses ultérieures, malgré les risques d'infection qui menacent lors de la première césarienne, a amené les accoucheurs et les chirurgiens à créer différentes méthodes d'extraction du fœtus par voie abdominale, pour les cas infectés.

L'intervention actuellement la plus courante est la césarienne basse sous-péritonéale. Elle a à son actif un palmarès indiscutable. Elle n'est pas la seule.

L'opération de Portes est destinée aussi à conserver les fonctions maternelles après une première césarienne pratiquée dans des conditions d'asepsie défavorables. Nous discuterons aussi les avantages et les inconvénients respectifs de ces divers procédés, ainsi que celui qui consiste à mettre la cicatrice utérine en surveillance en la fixant à la paroi abdominale. Nous apporterons à l'actif de cette dernière méthode plusieurs observations intéressantes.

APERÇU HISTORIQUE

Cette fixation utéro-pariétale n'est pas une des plus récentes créations chirurgicales. Chirurgiens et accoucheurs se sont toujours préoccupés d'empêcher la pénétration des liquides utérins dans la grande cavité, au cours de l'hystérectomie. Depuis longtemps déjà ils ont songé à faciliter la création d'adhérences entre l'utérus et la paroi abdominale antérieure. Les adhérences établies, ils pensaient que l'ouverture de l'utérus ne présentait aucun danger puisqu'en passant dans les tissus adhérents ils n'ouvraient à aucun moment le péritoine.

Pour l'historique détaillé de ces méthodes, nous renvoyons au premier chapitre de la thèse de Georges Gruffy. La question y est traitée longuement. En voici le résumé :

Les méthodes de création d'adhérences consistaient en applications de mèches imbibées de produits caustiques, introduites par un orifice punctiforme, entre péritoine viscéral et le péritoine pariétal. Ou bien par des cautérisations ignées faites à travers la paroi, et pénétrant jusqu'au péritoine utérin. Les résultats furent négatifs pour la plupart.

Ce fut Pillore, de Rouen, qui, en 1854, eut l'idée de suturer afin d'obtenir l'adhérence utéro-pa-

riétale. Il ne réalisa jamais sur le vivant le phénomène spontané qu'il avait observé sur le cadavre.

Ce fut Lestocquoy, d'Arras, qui réussit le 2 septembre 1859, la première création d'adhérences artificielles, après deux échecs. Son élève Dusart en fit son sujet de thèse en 1867. Pour la première fois on avait réalisé la suppression de l'épanchement de sang, de lochies, et de liquide amniotique dans le péritoine. D'après Gruffy, il semble que l'intervention n'ait plus eu d'adeptes jusqu'en 1909. Cependant, nous croyons savoir que Tarnier et Martin pratiquèrent une intervention semblable.

Ce n'est qu'en 1911 que nous voyons Kouwer publier une observation de césarienne tardive traitée par l'extériorisation de la cicatrice. Il en présente cinq autres en 1921 au Congrès des Gynécologues de langue française, et quatre nouvelles encore en 1925. Les Américains, parmi lesquels Hawcks et Foster, ont pratiqué de nombreuses fois cette intervention de 1910 à 1928. Shelleim en 1908 recourait à une variante de l'opération de Lestocquoy en marsupialisant l'utérus. En France, Vignes et Portes, puis Vignes seul, réalisent la mise en surveillance de la cicatrice à plusieurs reprises.

Le 19 mars 1925, notre maître le Docteur Philardeau pratique sa première intervention de ce genre. Dans la même année, au mois de juillet, le Docteur Oulié, de Constantine, extrait par le même procédé un enfant bien portant, après une prise

de forceps infructueuse. Depuis cette date, tous deux ont eu l'occasion d'augmenter le nombre de leurs observations et de perfectionner la méthode.

Les observations du Docteur Oulié ont été publiées, celles du Docteur Philardeau sont présentées et relatées dans ce travail.

TECHNIQUE

Premier temps : Sous anesthésie générale ou rachidienne, laparotomie médiane sus et sous-ombilicale.

Extériorisation du corps utérin.

Protection minutieuse de la grande cavité.

Deuxième temps : Incision médiane de la face antérieure du corps utérin, sur une longueur de quinze centimètres environ. Extraction de l'enfant et du placenta.

Pendant ce dernier temps, l'aide saisit et étrangle fortement l'utérus le plus près possible du col. Cette manœuvre diminue notablement l'hémorragie et rend le champ opératoire plus clair.

Troisième temps : Fermeture de la paroi utérine :

1°) Un étage interstitiel musculaire de points perdus, au catgut n° 2.

2°) Un étage séro-musculaire, moitié au catgut, moitié au crin, de façon à réduire à huit ou dix au maximum les crins à enlever secondairement. Ces crins sont laissés longs et réunis en faisceaux, de façon à éviter une désunion, à être faciles

à enlever, et le cas échéant à servir de prise pour l'extraction de l'utérus en cas d'hystérectomie secondaire.

Quatrième temps : Fermeture de la paroi abdominale en partant du haut et en s'arrêtant au-dessous de l'ombilic.

La suture de la paroi ne descend pas plus bas. Le corps utérin est alors attiré par les crins, au milieu de la plaie.

On fixe par des points séparés à la soie fine, ou au fil de lin, le péritoine pariétal au péritoine utérin.

On insistera particulièrement à l'angle supérieur de la brèche abdominale persistante, de façon que la suture apparaisse nettement au fond de l'ouverture de la paroi abdominale. L'involution utérine a tendance à créer un interstice entre l'organe et l'angle supérieur de la brèche abdominale. Il nous a semblé que cet inconvénient était moins marqué que dans l'opération de Portes. Mais nous estimons qu'il est nécessaire de mettre un fil non résorbable entre le péritoine pariétal et la paroi utérine, à l'angle supérieur de la plaie. Faute de cette précaution, il pourrait y avoir issue d'une frange épiploïque ou d'une anse grêle.

La dizaine de crins qui a été nécessaire pour fermer l'utérus doit être bien dégagée en haut et

en bas, de façon à être plus facile à enlever lorsque l'utérus aura repris un volume sensiblement normal.

Pendant huit jours, la plaie est pansée avec des compresses imbibées d'une solution antiseptique faible, Dakin, liqueur de Labarraque étendue, Synthol.

Le huitième jour, les fils utérins sont enlevés.

Cinquième temps : il est pratiqué le plus souvent vers le dixième ou douzième jour.

Fermeture secondaire de la partie inférieure de l'incision abdominale et réintégration de l'utérus dans la plaie.

Sous anesthésie générale ou locale, on libère les adhérences utéro-pariétales.

La libération est réalisée rapidement au doigt, quelques coups de ciseaux sont nécessaires quelquefois, sur les petits nœuds de fil de lin qu'on enlève si on les voit.

L'utérus est réintégré, et la paroi refermée en étages.



OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Mme P... Claire. — Entre à l'hôpital de Fontainebleau le 19 mars 1925, à 10 heures. Il s'agit d'une femme de 43 ans ayant déjà eu quatre accouchements faciles. Au moment de l'entrée à l'hôpital la dilatation est de cinq francs environ. La tête non engagée est défléchie au détroit supérieur. L'utérus est moulé étroitement sur le fœtus encore vivant. Le liquide amniotique s'écoule depuis douze heures. Il n'y a plus de douleurs efficaces depuis 3 heures. La malade est très fatiguée. On décide de pratiquer une opération césarienne en maintenant la cicatrice en surveillance à travers la paroi abdominale.

L'opération est pratiquée à 11 heures, sous anesthésie rachidienne sans incident.

Suites opératoires : Quarante-huit heures après l'opération, on s'aperçoit que deux catguts, au tiers inférieur de la cicatrice utérine, se sont ramollis et desserrés. L'utérus est ouvert sur quatre centimètres environ. A la partie supérieure de la plaie abdominale pointe un bouchon épiploïque.

La paroi utérine est refermée par deux crins. Un troisième rétrécit la brèche abdominale à sa partie supérieure et fait disparaître la petite hernie épiploïque.

Il aurait pu s'agir d'une complication grave. L'événement est réduit à un simple incident grâce à la surveillance efficace qu'on a pu exercer sur l'utérus.

A part trois poussées de température dues à l'évolution de petits foyers de congestion pulmonaire (la malade était assez obèse et emphysémateuse), l'état général et local sont assez bons pour qu'on puisse libérer l'utérus et refermer définitivement la paroi le 22^e jour. La malade sort guérie le trentième jour.

Son état a été satisfaisant pendant plusieurs années. Mais au moment de la ménopause, l'utérus est devenu fibromateux. Il est le point de départ de crises de pelvi-péritonite qui, en 1930, ont été particulièrement violentes.

On hésite pourtant à opérer cette malade dont l'état général est déficient. Elle est envahie par l'adipose, et la cicatrice opératoire cédant peu à peu, est devenue le siège d'une éventration. En 1931, la malade, alors âgée de 49 ans, entre à l'hôpital de Fontainebleau avec une double salpingite suppurée qui ne peut être refroidie. Et la malade succombe quelques jours après une hystérectomie difficile, avec un syndrome d'hyperthermie et blocage des reins. L'utérus adhérent à l'épiploon et aux anses grêles, était flanqué de deux salpingites suppurées à parois épaissies.

OBSERVATION II

Mme D., âgée de 29 ans, entre à l'hôpital de Fontainebleau le 22 mars 1925 dans la matinée. Grossesse à terme. La femme est de petite taille (1 m. 48). Son bassin est rétréci. L'enfant a une tête volumineuse se présentant en transverse au détroit supérieur. La femme perd les eaux de façon insidieuse depuis le matin. La dilatation est de cinq francs. Elle accuse de violentes douleurs à prédominance lombaire, sans accalmies. A priori, on a l'impression que l'accouchement ne pourra se faire spontanément. Néanmoins, on décide d'attendre quelques heures, car on hésite entre une application de forceps et une césarienne. Au milieu de l'après-midi, la poche des eaux était rompue depuis six heures environ. On décide d'intervenir par voie haute car la tête est toujours en position transverse, mobile, haut placée.

La césarienne est pratiquée sous rachianesthésie sans incident. L'utérus est fermé en deux plans : un plan au catgut, et un plan séro-musculaire à la soie n° 2, dont les fils sont laissés longs et réunis en faisceaux. L'utérus est fixé aux lè-

vres du péritoine pariétal dans le tiers inférieur de la brèche abdominale. Les deux tiers supérieurs sont refermés et l'on s'assure qu'aucun interstice ne persiste entre la matrice et le dernier point de fermeture de l'incision abdominale.

Suites opératoires : Le deuxième jour, la base des poumons décelant quelques râles, on fait par prudence une injection de sérum anti-pneumococcique. Le septième jour, l'utérus subissant une involution normale, la température à 37°, la plaie en parfait état, on endort la femme à l'éther. Les soies sont enlevées. L'utérus est relaxé de ses adhérences provisoires au péritoine pariétal. On libère un peu d'épiploon adhérent et on referme la paroi en deux plans.

Mme D... sort guérie le 19 avril 1925. Nous avons eu l'occasion de la revoir plusieurs fois. Elle se plaint de pertes blanches intermittentes, de douleurs dans le petit bassin, surtout au moment des règles. Le toucher décèle un utérus mobile. Mais le corps un peu lourd est sensible. L'ovaire gauche un peu gros et douloureux doit être scléro-kystique.

OBSERVATION III

Mme Ch..., 42 ans, entre à la maison de santé des Docteurs Matry et Philardeau, à Melun, le 7 août 1925. C'est une primipare en travail depuis trois jours. La poche des eaux est rompue depuis 12 heures. Il s'agit d'une basedowienne très fatiguée. Le médecin traitant a essayé de terminer l'accouchement à domicile par une application de forceps. Il a échoué. La tête du fœtus est encore mobile, défléchie, et s'engage mal dans un bassin étroit. Ne voulant pas risquer un second forceps infructueux, on décide une césarienne.

L'intervention a lieu le 7 août à 11 heures. L'enfant est extrait en état syncopal et ne peut être ranimé. L'utérus est refermé en deux plans, le second moitié au catgut, moitié au crin dont les brins sont réunis en faisceaux. La suture utérine est mise en surveillance. Seul le tiers inférieur de la brèche pariétale n'est pas refermé. L'utérus est fixé au péritoine pariétal.

Suites opératoires : La malade était très fatiguée lors de l'intervention. De sérieuses inquiétudes étaient à prévoir. Dès le lendemain, des frissons de mauvais augure apparaissent. Après être restée à 38° les troisième, quatrième et cinquième jours, la température monte à 38°5 le sixième. Le pouls grimpe à 130. L'état général est peu satisfaisant.

Le sixième jour, on décide de pratiquer une hystérectomie rapide par la méthode de Porro. Sous anesthésie à l'éther, l'utérus est extériorisé. On l'étrangle à son col par un lien de caoutchouc. Il est ensuite fixé au-dessous du lien constricteur. Après fermeture de la paroi, l'utérus est abrasé à deux centimètres au-dessus de la ligature élastique. L'opération a été rapide.

Trois jours après la température est définitivement normale. L'état général s'améliore. Vers le douzième jour, le lien de caoutchouc tombe et le moignon utérin sphacélique est éliminé. La cicatrisation de la plaie se fait assez vite et permet à la malade de sortir guérie le 3 septembre.

Cette femme, revue à plusieurs reprises, n'a jamais souffert de l'abdomen et n'a pas présenté d'éventration. Par contre, elle aurait eu des troubles basedowiens et une sorte de monoplégie transitoire, qui aurait cédé à un traitement antisiphilitique.

OBSERVATION IV

Mme F... B..., entre à l'hôpital de Fontainebleau le 21 août 1925, à 8 heures.

Taille : 1 m. 55. Premier accouchement en 1923.

Le travail a été très lent et s'est terminé par l'expulsion d'un enfant mort pesant 4.500 gr. A son entrée pour le second accouchement, la parturiente est déjà en travail. Les douleurs sont vives, mais le col reste épais et se dilate mal.

Le 21 août, à 14 heures, la tête est encore haute et en asynclitisme au détroit supérieur. Dans le courant de l'après-midi, la poche des eaux est rompue par la sage-femme. Mais la descente de la tête ne s'effectue pas.

A 17 heures, la femme est très fatiguée.. La dilatation est loin d'être complète. La grosse tête est toujours mobile au détroit supérieur. Le cordon est procident, mais les battements encore perceptibles. Le forceps ne peut être employé car le cordon procident est irréductible. Une version est impossible : l'enfant est gros et l'utérus vide d'eau.

Devant ces impasses, on décide (21 août, 2 heures après rupture de la poche des eaux) de pratiquer une césarienne corporéale. L'opération a lieu sans incident. L'utérus est fixé à la paroi, en surveillance. L'enfant pesant cinq kilos, n'a pu être ranimé.

Suites opératoires : Sans incident. La température ne dépasse pas 38°2.

Le 8 septembre, à travers la brèche opératoire ouverte au-dessous de l'ombilic, la paroi utérine disparaît sous une couche de bourgeons charnus. Après rachianesthésie, on pratique un nettoyage de la paroi utérine à la curette. Décollement de l'utérus sans difficulté. Fermeture de la paroi en deux plans. La malade sort guérie le 25 septembre 1925. Nous l'avons revue très bien portante plus tard.

OBSERVATION V

Mme R. Ri..., 37 ans, entre à l'hôpital de Fontainebleau le 26 août 1925. La poche des eaux est rompue depuis 36 heures. Cette femme présente une luxation congénitale de la hanche gauche avec un raccourcissement de 5 cms. Elle est fortement cambrée et présente une ensellure très marquée. Le promontoire est saillant, le bassin asymétrique. Grossesse à terme. L'enfant vivant est d'un volume normal, mais la tête ne s'engage pas et il n'y a aucun espoir d'évacuation fœtale par les voies naturelles. Le travail est commencé depuis 48 heures et la poche des eaux rompue depuis 36 heures. Quoique la température soit normale on ne peut que regretter d'avoir à opérer tardivement.

La césarienne est pratiquée sous rachianesthésie et permet l'extraction d'un enfant vivant pesant 3.170 grs. La muqueuse utérine est passée à la teinture d'iode et l'utérus refermé en deux plans. Le dernier point inférieur, toujours un peu difficile à enlever après l'involution utérine, est fait au caïgut. Les crins sont laissés longs et réunis en faisceaux. La cicatrice utérine est mise en surveillance dans le tiers inférieur de la brèche de la laparotomie. On veille bien à ce qu'aucun hiatus ne persiste en haut, entre l'utérus et la terminaison de la suture pariétale.

Suites opératoires : Sans incident. Le 8 septembre (douzième jour) il ne reste qu'une ouverture longue de quatre travers de doigt. Dans le fond l'utérus apparaît très net. Sous rachianesthésie, la libération de la matrice s'effectue très facilement au doigt. On ne constate aucune adhérence anormale. La paroi est fermée en deux plans. La malade sort guérie le 19 septembre 1925.

En janvier 1932, la femme qui n'a jamais souffert depuis son opération, vient consulter pour une deuxième grossesse.

2 Mai 1932. — Cette deuxième grossesse est à terme. Avant dilatation du col et rupture de la poche des eaux on procède à la seconde césarienne. Libération facile des adhérences pariétales et épiploïques. Extraction d'un enfant vivant pesant 3.700 grammes. Pour éviter l'éventualité d'une troisième césarienne, on fait une hystérectomie sub-totale en conservant les deux ovaires. Péritonisation. Appendicectomie. La paroi est refermée soigneusement.

Le 7 mai ballonnement abdominal. Température 39°. On pense à une occlusion post-opératoire. On refait rapidement une laparotomie sous anesthésie à l'éther. On trouve des anses intestinales rouges, sans obstruction. La malade meurt brusquement peu après l'intervention sans qu'on puisse élucider si le décès est dû à un accident cardiaque ou à un trouble pulmonaire aigu, l'anesthésie ayant été mauvaise et troublée par des vomissements.

OBSERVATION VI

Mme C..., 21 ans, Entre à la maternité de Fontainebleau le 6 mai 1926 dans la matinée. Opération le même jour à 18 heures.

La poche des eaux est rompue depuis 4 heures. Mme C..., primipare, a une taille de 1 m, 35. Le tronc est très augmenté de volume, avec un ventre en besace. Le début du travail remonte au 5 mai à 22 heures. Le 6 mai à 10 heures la dilatation atteint 2 francs. La tête ne s'engage pas. La poche des eaux bombe. A 13 heures celle-ci se rompt. A 17 heures la tête est encore en transverse au détroit supérieur. Le dos du fœtus est à gauche. Les bruits du cœur sont bons. La température est normale. Au toucher le promontoire apparaît saillant et l'angle sous-pubien très bas. L'enfant est remarquablement gros. L'accouchement par voie naturelle nous paraît impossible.

Sous rachianesthésie on fait une césarienne corporéale. L'enfant extrait vivant, pèse quatre kilogs. Le placenta 630 grammes. La suture utérine est mise en surveillance dans la partie inférieure de la brèche abdominale. Auparavant on a enlevé l'appendice qui apparaît gros et vascularisé.

Suites opératoires. — La température sensiblement normale pendant les quatre premiers jours s'élève à 39° au sixième. Elle redescend, puis monte à 39°5 vers le neuvième jour. On place alors deux gros drains dans l'utérus en passant par le vagin, et quatre fois par douze heures on fait un lavage au Dakin. Tout semblant normal au douzième jour, les drains sont enlevés. La température se maintient à 37°. Mais vers le 17° jour la malade vomit. D'abord alimentaires, ces vomissements sont espacés grâce à des lavages d'estomac. Mais ils réapparaissent plus fréquents et porracés. Le ventre se ballonne malgré des lavements en goutte à goutte rectaux et des applications de glace sur le ventre. A travers la plaie abdominale on aperçoit l'utérus absolument sain. On décide de le réintégrer et de vérifier l'état de l'abdomen.

29 Mai. — (23 jours après la césarienne). La malade est endormie à l'éther. On libère rapidement l'utérus de ses adhérences pariétales, mais on remarque que plusieurs anses intestinales entremêlées d'épiploon sont adhérentes au pourtour de l'utérus. Ainsi se trouve expliqué l'état de sub-occlusion dans lequel nous voyions la femme. On libère rapidement et sans grosse difficulté, toutes les adhérences, en on procède à la réfection de la paroi.

Dans les jours qui suivent la température monte aux environs de 39°. Puis tout rentre dans l'ordre et la malade guérit sans nouvel incident. Elle sort de l'hôpital deux mois après son entrée.

Cette malade fut suivie régulièrement et n'accusa aucun symptôme anormal. En 1928 elle consulte pour une deuxième grossesse.

Le 30 décembre 1928 la parturiente étant à terme on décide une seconde césarienne.

Rachianesthésie. Résection de la cicatrice cutanée. Extériorisation de l'utérus gêné par des adhérences. Libération d'adhérences épiploïdiques et intestinales. (temps assez minutieux ayant duré dix minutes). Incision médiane de l'utérus sur une longueur de 15 centimètres. Extraction d'un enfant vivant pesant 3 kgs, 380. On referme la paroi sans mise en surveillance de la cicatrice. On place un drain qui plonge dans la cavité pelvienne, derrière l'utérus, et ressort à l'extrémité inférieure de la cicatrice. Il est destiné à évacuer un léger épanchement sanguin provenant des adhérences rompues.

1^{er} Mai 1933. — Troisième grossesse à terme. On pratique une troisième césarienne. Dès le premier coup de bistouri on se rend compte qu'il existe de nombreuses adhérences. L'utérus ne peut être extériorisé. On l'incise donc dans la profondeur et on extrait un enfant vivant de 2.800 grammes. Libération des adhérences intestinales et épiploïques. Opération extrêmement laborieuse. On est amené à réséquer 10 centimètres d'intestin grêle. L'utérus étant à peu près libéré, on termine par une hystérectomie sub-totale avec conservation de l'ovaire gauche. Opération relativement bien supportée. Anesthésie rachidienne avec injection sous-cutanée préalable

d'éphédrine. On lui fait succéder l'éther à cause de la durée de l'intervention. (2 heures 1/2). Suites opératoires excellentes. L'intestin fonctionne régulièrement. Sortie le 11 juin 1933.

OBSERVATION VII

Mme H. F..., 21 ans et demi, taille 1 m. 52. Grossesse à terme. La malade entre à la maison de santé le 1^{er} septembre 1926, dans la matinée. Elle est très fatiguée car le travail est commencé depuis le soir du 30 août. La poche des eaux est rompue depuis la matinée du 31 août. La femme est petite, son bassin étroit, sans asymétrie. Pas d'albumine. L'enfant est volumineux, avec une grosse tête qui s'engage mal et manque de flexion. La dilatation est presque complète. Les contractions utérines sont très espacées. Avant d'être transportée à la maison de santé, la parturiente a eu plusieurs piqures d'hypophyse demeurées infructueuses. Au moment de l'examen, il apparaît que l'accouchement doit être terminé sans délai, en raison de la très grande fatigue manifestée par la femme, en raison également de la souffrance de l'enfant dont les bruits du cœur sont irréguliers.

Sous anesthésie générale, après épisiotomie et incision de la lèvre supérieure du col, on fait une application de forceps. La tête est prise obliquement au détroit supérieur, après une tentative de flexion de celle-ci. Les branches du forceps dérapent sans qu'on puisse abaisser sérieusement la tête dans l'excavation.

Devant cet échec on décide d'abandonner la voie normale et de terminer aussi rapidement que possible l'accouchement par une césarienne.

Le premier septembre à 12 heures, on pratique une césarienne corporéale. L'enfant extrait ne peut être ranimé. L'utérus est refermé au catgut et au crin, et la suture mise en surveillance dans le tiers inférieur de la brèche pariétale.

Suites opératoires. — Le soir de l'opération la température est à 39°,3 et 39°,8, et la malade est secouée par un grand frisson. Le 3 septembre, la température se maintient autour de 39°,6. La nuit a été mauvaise. Le pouls est extrêmement rapide et file entre 130 et 140.

Nouvelle anesthésie générale. L'utérus est saisi par les faisceaux de crins qui le repèrent, et rapidement extériorisé après libération des adhérences pariétales. La partie cervicale de l'utérus est enserrée par deux tours énergiques d'un lien de caoutchouc et fixé à la paroi. Le corps utérin est sectionné et la brèche abdominale rétrécie.

On pratiqua donc une opération de Porro en remplaçant les broches fixant le moignon utérin par quelques sutures unissant ce dernier à la paroi. On devait regretter ultérieurement

Le surlendemain de la suppression de l'utérus la température baisse aux environs de la normale. Le pouls s'améliore. cette modification à la vieille technique classique.

Les frissons disparaissent. Le moignon utérin étranglé dans la ligature noircit et s'atrophie. Il s'élimine peu à peu. Malheureusement la portion restante du col, mal fixée, disparaît prématurément à travers la partie inférieure de la brèche qui suppure abondamment. Vers le douzième jour une fistule stercorale se produit et persiste pendant 15 jours. Le quinzième jour une phlébite gauche se déclare et poursuit son cycle habituel. Malgré tous ces ennuis la malade sort guérie le 23 octobre 1926. Nous l'avons revue récemment en bon état.

OBSERVATION VIII

Mme S..., 40 ans, taille 1 m, 62, entre à la maternité de Fontainebleau le 6 septembre 1926. Grossesse à terme. Le travail a commencé à sa date normale, mais il s'agit d'une primipare de 40 ans. Il n'y a pas de dystocie osseuse, mais la poche des eaux se rompt prématurément le 6 septembre à 18 heures alors que la dilatation est à peine commencée.

Le 7 septembre la tête reste haut placée. La malade a une

angine avec fièvre à 38°. Elle a subi il y a quelques années une néphrectomie pour un rein polykystique très volumineux. Il importe de ne pas la laisser s'épuiser. Il y a 28 heures que la poche des eaux est rompue. Sous rachianesthésie on pratique une césarienne avec mise en surveillance de la suture utérine. On extrait un enfant vivant pesant 3 kgs, 800.

Suites opératoires. — Le troisième jour la température qui n'était pas normale depuis le début du travail, monte le soir à 39°,9. La gorge est rouge. Les lochies semblent un peu suspectes. On place deux gros drains dans l'utérus par voie vaginale, et on prescrit une irrigation au Dakin toutes les deux heures. Les drains sont enlevés le sixième jour. L'angine s'atténue. Le dixième jour la température est normale. Les crins sont enlevés avec quelque difficulté car la paroi abdominale a tendance à se refermer spontanément. Le douzième jour on se contente, sans libérer l'utérus, de rapprocher les deux lèvres de la paroi par quelques crins. La malade sort guérie au début du mois d'octobre 1926.

Elle a été revue en 1927. L'utérus est toujours fixé à la paroi. Les annexes sont normales. L'intéressée ne se plaint que d'un petit abcès pariétal déterminé par un fragment de crin qu'on enlève en quelques minutes sans incident.

Mai 1932. — La femme entre à la maternité de Fontainebleau pour une deuxième grossesse. Excellent état général de la mère. Bonne présentation du fœtus. Rupture de la poche des eaux le 25 mai 1932 à 22 heures. La parturiente accouche spontanément le 26 mai à 0 h. 30, assistée du Docteur Matry qui a jugé opportun d'aider le travail par une injection d'hypophyse. Enfant vivant pesant 2.500 grammes. Délivrance naturelle, paraissant complète, pesant 380 grammes. La malade se lève le 1^{er} juin et quitte l'hôpital vers le 15 du même mois.

OBSERVATION IX

Mme L. La..., 27 ans. Entre à la maternité le 21 décembre 1926 vers 3 heures du matin. Elle est en travail depuis

48 heures. La poche des eaux est rompue depuis 21 heures. La tête est petite mais reste au détroit supérieur, non fixée, en asynclitisme. Le bassin est étroit, sans asymétrie. On attend 4 heures. Les douleurs sont toujours violentes mais sans efficacité. La tête ne descend pas et l'utérus commence à se mouler sur le fœtus encore vivant. Le liquide qui s'écoule est fortement teinté. Le 21 décembre à 7 heures du matin, sous anesthésie au chloroforme on pratique une césarienne corporéale avec mise en surveillance de la cicatrice utérine. L'enfant est vivant et pèse 2 kgs, 720.

Suites opératoires. — Elles furent simples. Les crins sont enlevés le dixième jour et la paroi refermée après libération de l'organe, sans incident, sous anesthésie au chloroforme. Cette personne a été revue récemment. Elle a une bonne cicatrice et ne se plaint de rien.

APERÇU D'ENSEMBLE

Si nous résumons les particularités de ces neuf observations nous voyons que dans tous les cas la césarienne n'a pu être prévue. Chaque fois il s'est agi d'une admission d'urgence et on a eu la main forcée par l'imminence du danger pour la mère ou pour l'enfant. La poche des eaux était rompue respectivement depuis 2, 4, 6, 12, 12, 21, 28, 36 heures.

Dans deux cas une infection puerpérale grave a nécessité une hystérectomie complémentaire (Porro). — (Observ. III et VII).

Deux fois une infection de la muqueuse utérine nécessita un drainage utérin et des lavages antiseptiques. (Observ. VI et VIII).

Nous vîmes une fois l'utérus s'ouvrir à travers la brèche abdominale et l'épiploon faire une petite hernie entre la paroi et l'utérus. (Observ. I).

Dans la moitié des cas l'utérus a contracté quelques adhérences épiploïques ou intestinales qui gênèrent plus ou moins au moment de la réintégration de l'organe.

Une fois seulement ces adhérences déterminèrent une occlusion intestinale qui fut levée en même temps que la paroi était refermée. (Observ. VI). C'est ce même cas qui fut particulièrement difficile à opé-

rer lors de la troisième césarienne, toujours à cause des adhérences.

Une fois l'utérus fut laissé adhérent à la paroi, la cicatrisation de la brèche abdominale s'étant effectuée avec une extrême rapidité. Cela ne gêna en aucune façon une grossesse ultérieure. (Observ. VIII).

Toutes nos malades ont quitté l'hôpital guéries. Dans quatre cas sur neuf (Observ. I, III, VI, VII), la mise en surveillance de la suture utérine a permis d'éviter ou d'arrêter l'évolution d'une complication probablement mortelle.

Toutes les malades ont pu être suivies pendant plusieurs années. Sept se déclarent franchement satisfaites de l'intervention. Une se plaint de douleurs salpingiennes. Une est décédée après une opération de fibrome compliqué de salpingite double, six ans après l'opération césarienne. (Observ. I). Une autre est décédée sept ans après, lors d'une césarienne itérative (Observ. V).

Trois femmes ont eu ultérieurement une seconde grossesse (Observ. V, VI, VIII) voire même une troisième (Observ. VI).

Enfin dans six cas sur 9 l'enfant extrait fut un enfant vivant.

ETUDE CRITIQUE

Considérons les résultats obtenus chaque fois que les chirurgiens et les accoucheurs ont eu recours à cette intervention. Bien entendu nous ne prétendons pas établir un bilan d'après la courte statistique que nous venons d'exposer. Mais si nous tenons compte des observations publiées par d'autres auteurs nous serons en droit d'exprimer une opinion sur l'efficacité de cette méthode opératoire.

Que vaut l'opération de Lestocquoy récemment perfectionnée et mise au point par les Docteurs Philardeau et Oulié ?

Lestocquoy sur trois observations publiées en 1859 a eu deux échecs. Sans doute faut-il tenir compte dans la mortalité de cette courte statistique de l'état précaire de l'asepsie à cette époque. Il faut retenir que malgré cette asepsie certainement déficiente le troisième essai fut couronné de succès.

On n'entend plus parler de l'intervention jusqu'en 1909. Seule la thèse de Dusart en 1867 avait signalé l'ingénieuse innovation de Lestocquoy.

Pourtant en 1908 Shelleim s'inspirait de cette technique. Sa marsupialisation utérine après extraction du fœtus n'est qu'une opération de Lestocquoy inachevée. Nous verrons d'ailleurs Zarate de Buenos-

Ayres, en 1917, revenir à cette opération de Shelleim et obtenir un résultat satisfaisant.

Mais depuis les publications de Kouwer en 1911, nous pouvons tabler sur un nombre d'observations digne d'intérêt.

Kouwer publie 10 cas avec 2 décès.

Vignes et Portes 2 cas sans décès.

Vignes seul un nouveau cas satisfaisant

Foster de nombreux cas sans décès.

Différents auteurs américains totalisent 30 cas avec plein succès.

Gruffy, dans sa thèse, met en valeur 7 cas du Docteur Oulié. Ce sont des observations d'un intérêt prépondérant qui viennent ajouter 7 succès à notre liste. Le Docteur Oulié complète sa statistique par la publication, en collaboration avec le Docteur Bresot, d'une observation de grossesse chez une femme déjà opérée par cette méthode.

Signalons à ce propos que nous pouvons ajouter aux quatre cas de grossesses ultérieures de nos observations personnelles, les mêmes résultats constatés par Kouwer. En effet, cet auteur nous apprend que sur sept femmes quatre ont accouché de nouveau, spontanément ou après césarienne itérative. Une cinquième a avoué qu'elle avait pris des précautions minutieuses pour éviter une nouvelle grossesse.

Il s'agit donc incontestablement d'une bonne

opération, capable de rendre d'excellents services. La mortalité opératoire est très faible. Elle a comme inconvénient de favoriser la formation d'adhérences utéro-viscérales, mais il ne faut pas oublier que cette opération est réservée aux mauvais cas.

ETUDE COMPARATIVE

Nous venons de terminer le chapitre précédent en signalant que la mise en surveillance de la cicatrice utérine n'avait pas que des avantages. En faisant cette remarque nous pensions aux critiques que Gruffy exposait dans sa thèse.

A l'heure actuelle certaines de ces critiques ne peuvent plus être soutenues et leur réfutation est, pour une bonne part, l'objet de notre travail.

La technique du Docteur Philardeau diffère en plusieurs points de celle du Docteur Oulié. Cette différence porte justement sur quelques points défectueux signalés par Gruffy. Le premier inconvénient est celui-ci :

La mise en surveillance est une opération en deux temps, et les malades peuvent faire des difficultés pour l'accepter.

Cet inconvénient est d'importance minime. Si l'on ne se montre pas exagérément pressé d'exécuter le deuxième temps il n'offre aucun danger, et l'on peut sans hésiter rassurer la parturiente. En lui exposant d'une part les garanties de sécurité qu'offre cette intervention en deux temps, et d'autre part la menace certaine d'un grand risque ou tout au moins d'inconvénients appréciables que comporte une au-

tre méthode, on arrivera à convaincre la malade sans peine. D'ailleurs dans la plupart des cas une parturiente qui se voit dans une situation aussi critique, souffrant depuis de longues heures, épuisée par des efforts infructueux, n'hésite pas à accepter l'anesthésie, et peu lui importe la technique employée. Une femme en douleurs ne souhaite que trois choses : abrégér ses souffrances, et la vie sauve pour elle en son enfant. Elle n'a aucun souci du moyen qu'on emploie pour aboutir à ce résultat. Nous sommes sûr qu'on lui fera accepter la césarienne en deux temps aussi facilement qu'une césarienne suivie d'hystérectomie immédiate, ou qu'une opération de Portes.

Un deuxième inconvénient signalé par Gruffy, concernant la technique du Docteur Oulié, est représenté par le laps de temps relativement long qui sépare les deux manœuvres opératoires. Il admet en effet un délai minimum de quatre semaines avant de tenter la réintégration de l'utérus dans la cavité abdominale. Dans certains cas, ce délai va jusqu'à huit et douze semaines

Si l'on se reporte à nos observations, on voit que le séjour total des malades, à l'hôpital ou à la maison de santé, varie de 25 jours à deux mois. Cette durée de deux mois a été exceptionnelle et due à des complications (septicémie puerpérale, hystérectomie secondaire, fistule stercorale, phlébite).

En général, le deuxième temps a été pratiqué

assez tôt, sans difficulté. La longue attente recommandée par Oulié et Gruffy entre les deux temps nous paraît devoir être abrégée.

Considérons les dates inscrites dans nos neuf observations. Au lieu d'un minimum de quatre semaines qu'impose Oulié, le nôtre est de sept jours et a été suffisant (Observ. II). Nous éliminons les deux cas où le Porro fut nécessaire respectivement au 3^e et 6^e jour (Observ. III et VII). Quant au maximum de ce délai, le nôtre n'est que de vingt et deux jours (observ. I), alors que celui d'Oulié va jusqu'à huit et douze semaines (six fois sur sept dans les observations citées par Gruffy).

Voilà donc un deuxième inconvénient auquel il est inutile de faire un sérieux grief.

Voyons maintenant à quel point se justifie le scepticisme de Gruffy quand il analyse le dernier point faible de la technique d'Oulié : il s'agit de la difficulté qu'on éprouvera quand une hystérectomie s'imposera à la suite du premier temps.

Gruffy affirme que la difficulté viendra surtout de l'indication opératoire primitive, « ... car il est incontestable qu'une infection grave d'emblée relève d'une hystérectomie immédiate et non d'une mise en surveillance ».

A cela, nous répondons que si l'hystérectomie d'emblée est indiquée dans les cas d'infection déclarée, la mise en surveillance de la suture utérine s'adresse à ceux où l'infection est à craindre. Ce n'est pas la même chose. C'est une opération qui

permet d'attendre sans faire courir de risque à la malade. On ne peut parler d'infection puerpérale, dans la grande majorité des cas, qu'après un délai de quelques jours après l'accouchement. L'hystérectomie secondaire n'est pas plus difficile à exécuter après une mise en surveillance qu'après l'opération de Portes par exemple. Nous avons déjà vu que nous avons dû recourir au Porro pour deux accouchées (observ. III et VII). Les différentes manœuvres de cette opération se sont succédées aisément et nous avons pu sauver les deux femmes.

Nous devons signaler la commodité que procure dans ces cas d'hystérectomie secondaire le fait de laisser toute leur longueur aux crins de la suture utérine, et de les réunir en faisceaux. Ces crins opèrent la suture et offrent une prise remarquable pour tenir l'utérus et l'attirer rapidement hors de l'abdomen.

Nous voyons en somme qu'avec le mode opératoire du Docteur Philardeau, nous n'avons pas à déplorer les inconvénients, d'ailleurs bénins, que signale Gruffy au sujet de la technique d'Oulié.

Il existe enfin une différence capitale entre la technique que nous préconisons et celle d'Oulié. Différence qui consiste en ce fait que Oulié suture la peau par-dessus la cicatrice utérine, tandis que nous pansons à plat toute la partie inférieure de la brèche abdominale.

Avant lui, Kouwer suturait également la paroi

abdominale sur toute la longueur de l'ouverture, en trois plans, en instituant un drainage sortant par les deux bouts de la ligne de suture. C'est ce qu'il appelle son « tunnel de sûreté ». Or, Kouwer dit lui-même que lorsque les symptômes font redouter l'inflammation de la paroi utérine, il coupe les sutures de la paroi abdominale et met à découvert le tunnel.

De même Tarnier faisait passer les fils utérins à l'intérieur d'un tube capillaire traversant la paroi abdominale : les deux chefs ainsi extériorisés étaient serrés à l'aide d'un bâtonnet. Les fils pouvaient être ainsi enlevés sans ouvrir la paroi.

Ces précurseurs se méfiaient à juste titre de leur matériel de suture et des microbes de la cavité utéro-vaginale. Nous pouvons nous inspirer de leurs directives, car si nous pouvons être sûrs maintenant de notre aseptie, les cas que nous avons à traiter par la mise en surveillance sont les mêmes que jadis et l'utérus que nous devons suturer peut être le siège d'une flore microbienne plus ou moins dangereuse.

Or puisque, a priori, on pratique l'extériorisation de la plaie utérine, c'est justement parce qu'on redoute l'infection avant même d'avoir donné le premier coup de bistouri sur la peau. Puisqu'on part avec la ferme intention de mettre la cicatrice en surveillance, pourquoi ne pas réaliser cette intention ? Il n'y a d'ailleurs aucun inconvénient à cette pratique. Portes a bien extériorisé l'organe tout entier !

Dès notre première tentative, le 19 mars 1925, nous avons laissé la plaie utérine à ciel ouvert, ne suturant la paroi abdominale que jusqu'aux limites de la cicatrice de l'hystérotomie. Nous étions alors en droit de parler vraiment d'une mise en surveillance dans toute l'acception du terme. Cette manière d'agir ne nous a procuré que des avantages. Nous avons toujours pu contrôler « de visu » l'involution de l'utérus et le processus cicatriciel de sa paroi.

En cas de danger inflammatoire, Kouwer détruit ses sutures. C'est là une éventualité qu'il aurait pu prévoir et éviter dès le début de son premier temps opératoire.

Pour Oulié, cinq fois sur six, la suture cutanée fut désunie spontanément. Et son élève affirme que cette dernière suture est presque toujours contre-indiquée « ...et qu'elle ne doit être pratiquée que lorsqu'il existe de très minimes chances d'infection ». Mais comment croire à ces très minimes chances, puisqu'on recourt à ce procédé de mise en surveillance justement lorsque l'infection est le plus à craindre ! Possède-t-on un critère infaillible qui fait prévoir que ces chances seront à coup sûr très minimes ?... Dans ce cas, la mise en surveillance serait inutile et la césarienne extra-péritonéale serait indiquée. Aussi, dans sa dernière observation, Oulié se décidait à ne pas suturer la paroi abdominale.

Nous venons d'examiner les variétés de tech-

nique employées par les Docteurs Oulié et Philardeau pour réaliser l'opération de Lestocquoy. Nous nous proposons maintenant d'étudier et de comparer les inconvénients et avantages respectifs de cette opération avec ceux de la césarienne basse sous-péritonéale et ceux de l'extériorisation utérine ou opération de Portes.

Ces trois opérations ont pour principe commun de chercher à extraire le fœtus par voie abdominale, sans danger pour la mère, sans castration, lorsque l'accouchement est impossible par les voies naturelles, le danger étant d'autant plus grand que la poche des eaux est rompue depuis plus longtemps. Leurs indications sont par conséquent analogues.

Disons tout de suite qu'elles ont toutes les trois une contre-indication : l'infection utérine ou générale manifeste. Dans un tel cas, la césarienne doit être suivie d'hystérectomie immédiate. Cette réserve faite, chacune des trois interventions, par son mode de réalisation particulier, entraîne des avantages et des inconvénients. Nous allons les passer rapidement en revue.

La césarienne basse sous-péritonéale élimine les péritonites secondaires. Le cul-de-sac péritonéal antérieure étant soigneusement décollé et refoulé, aucune inoculation septique ne peut souiller la séreuse.

Un deuxième avantage consiste dans le fait que le segment utérin intéressé est peu épais, non con-

tractile, facile à inciser, à suturer, sans hémorragie et sans risque de désunion ultérieure.

Cette opération a comme inconvénient de présenter certaines difficultés de réalisation. Elle nécessite la recherche de plans de clivage et par cela même ne met pas le tissu cellulaire à l'abri d'une infection secondaire possible malgré les différents procédés de protection et de drainage qui peuvent être mis en cause.

De plus, l'extraction du fœtus n'est pas aussi rapide que dans les autres procédés et peut même être laborieuse.

L'opération de Portes, nette, rapide, non chocante, est d'une exécution idéalement simple.

Elle a comme inconvénient de laisser le corps utérin entièrement extériorisé, exposé à s'œdématiser et à se couder. Ce désavantage est d'autant plus marqué que la paroi abdominale est mieux refermée sur l'isthme utérin. Si le passage est par contre laissé large, par suite de l'involution de l'organe, il peut se produire un hiatus inter-utéro-abdominal. L'extériorisation du corps utérin entraîne enfin une traction sur la vessie qui peut être gênée dans son fonctionnement.

L'intervention de Lestocquoy, modifiée par le Docteur Philardeau a pour elle une simplicité de réalisation presque aussi grande que celle de Portes. Elle n'a pas l'inconvénient inhérent à l'extériorisation totale, sans compromettre cependant la possibilité d'une hystérectomie secondaire rapide. Bref,

c'est une opération d'attente, de sécurité, qui serait idéale si elle ne favorisait la formation d'adhérences utéro-épiloïques ou viscérales, très gênantes en cas de césariennes itératives. Mais il faut bien retenir que la mortalité opératoire a été nulle, malgré la complexité de certains cas..

En résumé, la mise en surveillance de la suture utérine dans les opérations césariennes nécessitées par des cas complexes nous apparaît comme une opération de sécurité, bien que n'étant pas idéale, et ses avantages justifient néanmoins le travail que nous lui avons consacré.

CONCLUSION

L'opération césarienne corporéale classique est réservée aux cas favorables, lorsque la poche des eaux est intacte ou rompue depuis peu.

Dans le cas d'infection déclarée, la césarienne doit être suivie d'hystérectomie.

Si la poche des eaux est rompue depuis plus ou moins longtemps et que le danger d'infection est à craindre, il peut être opportun d'essayer de conserver l'utérus.

Les accoucheurs se sont donc efforcés de modifier l'opération césarienne classique de façon à atténuer le danger de l'hystérotomie abdominale..

Trois procédés sont actuellement employés :

1° La césarienne basse sous-péritonéale.

2° La césarienne corporéale suivie de l'extériorisation du corps utérin, ou opération de Portes.

3° La césarienne corporéale classique suivie de la mise en surveillance de la suture utérine à travers la partie inférieure de la brèche abdominale qui n'est refermée que secondairement.

Chacune de ces méthodes a ses avantages et ses inconvénients. A l'actif de la dernière, nous avons apporté neuf observations comportant le compte rendu opératoire, les suites de l'intervention et l'évolution clinique ultérieure.

Pour étudier l'historique du procédé, il faut remonter à 1859, époque à laquelle Lestocquoy d'Arras publia trois observations avec un succès. La méthode peut donc être appelée Opération de Lestocquoy.

Elle fut modifiée et améliorée par nombre d'auteurs.

D'abord par son élève Dusart (1867). Il faut citer également Tarnier et Martin. Kouwer (1911). Schelleim (1908). Hawks et Foster (1910-1918) Oullié de Constantine (1925) et son élève Gruffy.

Les observations que nous publions dans ce travail sont dues au Docteur Philardeau, de Fontainebleau.

Sa technique consiste à laisser la suture utérine visible et repérée à travers la partie inférieure de la brèche abdominale. L'utérus est libéré et la paroi refermée vers le douzième jour, lorsque tout danger d'infection a disparu.

On trouvera ci-contre un tableau résumant les parties essentielles de nos observations.

On peut voir que les résultats ont été satisfaisants : sur neuf opérations césariennes avec mise en surveillance de la suture utérine il y eut neuf guérisons malgré des situations complexes. Si l'on

ajoute notre statistique aux cas publiés jusqu'à ce jour, on arrive à une mortalité de 1,6 %.

Cette opération serait parfaite si elle ne favorisait, dans certains cas, la formation d'adhérences viscérales. C'est là le grave reproche à lui faire.

En tout état de cause c'est une opération de sécurité permettant de parer aux complications infectieuses graves et de mener à bien les opérations césariennes pratiquées dans les plus mauvaises conditions.

Vu : *Le Doyen*,
G. ROUSSY.

Vu : *Le Président*,
BRINDEAU.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris
S. CHARLÉTY

Observations N°	Date	Noms	Nbre d'heures écoulées dep. la perte des eaux	Enfant	Incidents et complications post-opératoires	Terminaison	Renseignements cliniques éloignés
1	19-III-25	P... Claire	12	Enfant vivant	Au bout de 48 heures se produit une déhiscence de l'utérus qu'on est forcé de suturer secondairement. Fermeture de la paroi le 22 ^e jour.	Guérison le 30 ^e jour	Décès après hystérectomie pour pelvi-péritonite 6 ans après la césarienne.
2	22-III-25	D...	6	Enfant vivant	Fermeture de la paroi le 7 ^e jour	Guérison le 28 ^e jour	Métrite intermittente. Ovaire gauche scléro-kystique.
3	7-VIII-25	Ch...	12	Enfant mort	Infection puerpérale. Hystérectomie à la Porro le 6 ^e jour.	Guérison le 27 ^e jour	Pas de trouble d'origine utérine
4	21-VIII-25	F. B...	2	Enfant mort	Fermeture de la paroi le 18 ^e jour	Guérison le 34 ^e jour	La malade ne se plaint de rien
5	26-VIII-25	R. Ri...	36	Enfant mort	Fermeture de la paroi le 12 ^e jour	Guérison le 35 ^e jour	Décès à l'occasion du 3 ^e grossesse, 7 ans après la première intervention.
6	6-V-26	M. C...	4	Enfant vivant	Infection utéro-péritonéale subaiguë. Irrigation utérine. Subocclusion par adhérences. Fermeture de la paroi le 23 ^e jour.	Guérison le 30 ^e jour	2 ^e grossesse en 1928. 3 ^e grossesse en 1933. Deux nouvelles césariennes et hystérectomie à la dernière, guérison.
7	1 ^{er} -IX-26	H. F...	24	Enfant mort	3 ^e jour : infection puerpérale. Hystérectomie à la Porro. Fistule stercorale. Phlébite.	Guérison le 53 ^e jour	La malade, revue, ne se plaint de rien.
8	6-IX-26	S...	28	Enfant vivant	12 ^e jour : Fermeture de la paroi sans libérer l'utérus.	Guérison le 28 ^e jour	2 ^e grossesse en mai 1932. Accouchement spontané.
9	21-XII-26	L. La...	21	Enfant vivant	10 ^e jour : Fermeture de la paroi	Guérison le 30 ^e jour	La malade, revue, ne se plaint de rien.

BIBLIOGRAPHIE

- Georges GRUFFY. — A propos de l'extériorisation de la cicatrice utérine dans les césariennes tardives. Thèse d'Alger 1930.
- OULIÉ. — Césarienne 24 heures après rupture de la poche des eaux. Société d'Obstétrique, Paris 1925.
- Cinq nouvelles observations. Société d'obstétrique et de gynécologie. Paris, 1927.
- L'extériorisation de la cicatrice d'incision utérine après les césariennes tardives. Algérie Médicale, Novemb. 1927.
- OULIÉ et BRESSOT. — Grossesse après extériorisation de la cicatrice utérine. Compte rendu Société d'Obstétrique de Paris, 7 Décembre 1931.
- DUSARD. — De la suture viscéro-pariétale. Thèse, Paris 1867.
- BRINDEAU. — Pratique de l'art des accouchements, pages 266-267-273.
- JEANNIN. — Thérapeutique obstétricale.
- ENGELHARDT. — Contribution à l'étude de la césarienne tardive. Paris 1926.
- HAWKS. — American journal of obstetrics and gynecology. T. III, N° 3. Septembre 1929.
- KOUWER. — La section césarienne classique et la section extra-péritonéale. L'Obstétrique 1911.
- Congrès des obstétriciens de langue française, 1921. L'Obstétrique 1925.

VIGNES. — Le risque des césariennes pratiquées tardivement au cours du travail. Presse Médicale. Janvier 1927.

Enrique ZARATE. — Conférence à la Clinique Tarnier (Juillet 1927). Revue française de gynécologie et d'obstétrique. Novembre 1927.

WODON. — Techniques de la césarienne cervicale abdominale. Revue française de gynécologie et d'obstétrique. Avril 1932.

SHELLEIM. — Zentr. für gynäcologie. 1908, N° 20, p. 641.

COUVELAIRE et PORTES. — Bulletin Société d'Obstétrique et gynécologie, 1925, N° 8, pages 647-653.

